

## INFORME RELATIVO A LAS LABORES DEL IX CONGRESO FRANCES DE MEDICINA

POR EL DR. E. PONS CHAZARO

Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina:

**C**ON la representación de esa H. Corporación, que oportunamente nos fué conferida, concurrimos al IX Congreso Francés de Medicina, reunido en París del 11 al 15 del presente. Desgraciadamente, no pudimos llevar la representación de la Academia en unión del Sr. Dr. Francisco Castillo Nájera, quien se vió imposibilitado para concurrir, tanto porque asistió al Congreso de Hidrología Médica reunido en Lyon, cuanto porque se lo impidieron las atenciones inherentes a su alta investidura oficial.

Cuanto pudiera decirse acerca de la importancia científica del Congreso celebrado, y en cuanto a su organización, sería poco y no expresaría lo que en realidad presenciámos. Baste decir, en primer lugar, que era superior a un millar el número de miembros inscritos, y que en las reuniones, tanto científicas como sociales, imperó la más alta cultura. Todo allí era preciso y matemático: lo mismo la hora de principio y fin de las sesiones, como la de las discusiones. Un mes antes de la celebración del Congreso, todos los trabajos estaban ya en la imprenta, por lo cual las memorias pudieron ser entregadas en el momento mismo de la inauguración de las labores congresionales. Con eso se evita al Secretario un trabajo inútil, y se da a las reuniones un sello de indiscutible seriedad.

Tres grandes cuestiones formaron el acervo científico del Congreso:

I.—FISIOPATOLOGIA DE LOS EDEMAS. —Relatores: Profesores, Mauriac, de Burdeos; Govaerts, de Bruselas y Pasteur Vallery Radot, de París.

II.—SEMIOLOGIA DE LAS SEPTICEMIAS MEDICAS.—Relatores, Profesores, Gastinel y Reilly, de París; Arloing y Dufour, de Lyon y Langeron, de Lille.

III.—INDICACIONES MEDICAS Y VALOR TERAPEUTICO DE LA ESPLENECTOMIA.— Relatores; Profesores, Fiessinger y Brodin, de París, Nanta de Alger, y Tapie, de Toulouse.

Interesantísimos por todos conceptos, fueron los trabajos presentados por los relatores sobre la fisiopatología de los edemas. El Profesor Mauriac, de Burdeos, en magnífica exposición, que nos atrevemos a calificar de brillante, abordó el asunto desde el punto de vista del papel que desempeñan algunos iones y las variaciones en su repartición, en la patogenia de los edemas. En resúmen, no hizo más que apoyar los resultados obtenidos y publicados desde 1903 por Blum, profesor de Clínica Médica en la Facultad de Strasburgo, quien está reputado como el clínico moderno más completo que posee Francia en la actualidad.

El profesor Govaerts, de Bruselas, con cuya amistad se honra el suscrito, por estar albergado en el mismo centro hospitalario en el que trabaja dicho investigador, aportó una concepción novísima sobre la fisiopatología de los edemas, fruto innegable de la orientación científica que invariablemente sigue la medicina en Bélgica. Para Govaerts, las propiedades físico-químicas de las proteínas de la sangre ejercen un papel principalísimo en la producción de los edemas. Hace una crítica meritorísima de las teorías y experiencias de Epstein, de N. York, modifica ventajosamente esas experiencias que resultan concluyentes en favor de su teoría, y hace también un estudio completo de las variaciones de la tensión osmótica y de la tensión capilar; todo ilustrado con cartas murales en las que pueden verse los numerosos estudios de las proteínas sanguíneas hechos en sujetos normales y en sujetos con edemas, de los que se concluye fácilmente la relación que hay entre las variaciones de esas proteínas y la aparición de los edemas. El trabajo de Govaerts fué acogido con aplauso y sólo se discutió para elogiarlo. Lástima que el relator no tuviera en su exposición la brillantez de su predecesor, el Prof. Mauriac, porque en estas reuniones no se leen los trabajos, sino que se hace una exposición condensada de lo que ya impreso, ha sido repartido.

El profesor agregado Pasteur Vallery Radot es el tercero y último relator. Como buen discípulo del Profesor Vidal —que en unión del Profesor Blum de Strasburgo presidía la sesión— se limitó a sostener el punto de vista sostenido por la escuela de Vidal, a propósito de la retención clorurada sódica. Por fortuna, Vallery Radot conoce a maravilla el tema y lo planteó en forma sencilla, haciendo hincapié en toda la escuela que llevó al Profesor Vidal a crear y sostener su concepción y clasificación de las nefritis hidropígenas.

Terminada la labor de los relatores, asistimos a la más brillante y más culta de las discusiones, que encabeza el Profesor Vidal. Le sigue el eminente Blum, modestísimo y sabio, quien aludiendo a sus trabajos de 1808, apoya las teorías de Vidal, y aceptando sin discusión la retención clorurada sódica, concluye de sus estudios el predominio del sodio más que del cloro.

Vienen después otros contingentes: el Profesor Roch, de Ginebra, nuestro antiguo conocido, introductor de la prueba de eliminación del azul de metileno en la insuficiencia hepática; Chabanier de París, quien sostiene el posible origen extra renal de los edemas; Schulman, de París que presenta un estudio experimental sobre el edema provocado; Feuilhé de París que aborda la cuestión de edemas y leucopatías, a quien la reunión no escucha o al menos no toma en cuenta, por algunos antecedentes poco científicos, y que en esta ocasión habla “de la pretendida retención clorurada seca del Profesor Blum”, que ha dejado de ser “pretendida” para ser indiscutible, por el firme apoyo experimental y clínico que su autor le ha dado; Profesor Dumas, de Lyon sobre edemas de origen hepático, Profesor Lian, de París sobre el origen mecánico y humoral de los edemas de los cardíacos; Profesor Perrin, de Nancy sobre edemas terminales de los tuberculosos; Profesor Etienne sobre la acción edematógena del extracto de hipófisis; Profesor Prusik, de Praga, sobre el efecto diurético de los extractos de hipófisis sobre el edema de origen renal; Dr. Weber, de Praga sobre la eliminación de agua por los pulmones en los estados edematosos; Profesor Villaret, de París sobre edema y presión venosa; comunicaciones cuya exposición duraba solamente cinco minutos y no se discutían por nadie.

De todo lo expuesto por los relatores, llegamos a estas conclusiones: queda en pié la concepción planteada por Vidal y su escuela relativa a la retención clorurada sódica en la patogenia de los edemas; así mismo

queda en pié la retención clorurada seca, tal como la planteara Blum y el papel principalísimo desempeñado por el sodio más que por el cloro, base de la memoria del Profesor Mauriac, de Burdeos. Es evidente el papel desempeñado por las proteínas sanguíneas en la producción de los edemas, asunto iniciado por Epstein, de N. York y experimentado y estudiado por Govaerts, de Bruselas.

Pero ¿por qué mecanismo obra la retención clorurada de Vidal, cómo obra el sodio de Blum, y cómo obran las proteínas sanguíneas de Epstein y Govaerts para producir los edemas? Aún queda en pié la incógnita, que habrá de despejarse algún día, ya que por fortuna son muchos los obreros que ponen manos a la obra y muy asiduos y competentes.

No dejó de llamar la atención del suscrito, el hecho de que, en tan admirable justa, ni siquiera se mencionaran las nefrosis de la escuela alemana, dignas de distinguirse, desde el punto de vista clínico, etiológico y terapéutico, de las simples nefritis hidropígenas o albuminúricas, y que son reveladas por la hipercolesterinemia y dependientes de trastornos de secreción interna. Para nosotros, sin embargo, no fué un misterio la omisión, porque desde hace un año venimos asistiendo a reuniones médicas de distinta índole, y en ninguna hemos visto ni delegados, ni trabajos de las naciones que ayer fueron enemigas, y que hoy continúan siéndolo, a pesar de cuanto se diga en contrario. Los odios invadieron también el terreno científico, y no ha muchos días que la sociedad de cirujanos alemanes negó su concurso a la antigua asociación internacional de cirujanos, a la que pertenecía y de la que fué arrojada mientras no se le diera la satisfacción que exigía. Tristes consecuencias de la gran tragedia, que alcanzó a herir hasta lo más sagrado, y que trajo también positivos progresos científicos a costa del dolor y de la muerte de millares de hombres. Sólo la Facultad de Strasburgo vive hoy más brillantemente que ninguna otra facultad francesa, porque antes alemana, la victoria le ha inyectado el espíritu brillante y ágil de Francia, dentro de la organización, profundamente sólida y moderna de la medicina alemana.

---

Los Profesores Gastinel y Reilly de París, presentan un trabajo, —a nuestro juicio el más completo— sobre semiología general del estado septicémico.

Y decimos que es el más completo, porque comprende en su exposición todo lo relativo a la fisiopatología general de los estados septicémicos, juzgando que el criterio bacteriológico no basta, por sí mismo, para definirlos. Así es como analizan los factores que contribuyen a hacer desaparecer los gérmenes del torrente circulatorio: plaquitas sanguíneas y sistema celular, que tujan y destruyen los microbios circulantes. Las primeras, incapaces de llenar su cometido en presencia de gérmenes muy virulentos, que de ese modo vienen a ser estables en la sangre, y el segundo agotando rápidamente su poder de incorporación a consecuencia de agresiones violentas producidas por los gérmenes. De estas nociones capitales, derivan los hechos observados en clínica: existencia de un foco de infección; descargas microbianas continuas o discontinuas; lisis microbianas ulteriores; localizaciones viscerales; invasión del medio sanguíneo como fase final. Por lo cual es indispensable en clínica conocer los síntomas dependientes del foco de infección, con sus caracteres y modo de producción; los engendrados por descargas microbianas; los que dependen de la destrucción de gérmenes y los fenómenos tóxicos consecutivos; los producidos por las metastasis; los de generalización final.

¿Es posible discernir siempre, y en cada caso cuáles signos o síntomas corresponden a cada una de las etapas fisiopatológicas enunciadas antes?

Muy difícil es en muchos casos poder precisar la presencia del foco (septicemias criptogenéticas). De cualquier modo, unas veces porque el foco no corresponde a la puerta de entrada de los gérmenes, y otras porque está profundamente situado, pasa desapercibido para el clínico, que se da cuenta del estado septicémico hasta que aparecen los síntomas creados por las descargas microbianas (calosfríos y fiebre de todos los tipos).

En cuanto a los síntomas debidos a la reacción del tejido endotelial y órganos hematopoiéticos, están representados por las manchas purpúricas, la tumefacción esplénica, no siempre por desgracia, y las alteraciones de la fórmula leucocitaria, que siempre debe ser estudiada por medio de exámenes en serie. Siguen los relatores estudiando minuciosamente los síntomas dependientes de las demás etapas fisiopatológicas, haciendo una completísima enumeración de todos ellos, con la correspondiente crítica, y concluyen diciendo que cuando el cuadro nosológico se presenta completo, puede afirmarse la existencia del estado

septicémico, aunque el hemocultivo sea negativo. No es lo mismo para los estados clínicamente incompletos, en los que el diagnóstico depende del hemocultivo. Abordan después, la cuestión del pronóstico, y hacen un brevísimo estudio de algunas septicemias en particular, para insistir, finalmente en la necesidad de limitar el cuadro de los estados septicémicos, proponiendo que se reserve la palabra septicemia para designar las infecciones bacterianas generalizadas, que dejan en segundo lugar, en el cuadro clínico, el foco que les ha dado nacimiento. Modo de obtener una gran precisión clínica, porque así quedan excluidos los padecimientos debidos a protozoarios, y los padecimientos específicos que tienen una manifestación local dominante.

---

Los siguientes relatores, Langeron, de Lille y Arioing y Dufour, de Lyon consagran sus respectivas memorias al estudio particular de algunas septicemias. El primero insiste de una manera especial sobre las septicemias tíficas y paratíficas A y B, creyendo que no debe existir entre ellas diferenciación porque clínicamente son iguales, y solamente el laboratorio puede establecer el diagnóstico diferencial. Bosqueja admirablemente la septicemia de colibacilo, diciendo que dada la gran variedad de colibacilos que existe, tiene que haber, de hecho hay, un poliformismo clínico indudable. Señala la ausencia de colibacilemia, en cuyo caso el diagnóstico puede establecerse por la existencia de focos localizados: enteritis, apendicitis, etc. Pasa revista a las distintas manifestaciones clínicas, algunas de ellas difíciles de comprender, como sucede con el síndrome entero-renal de Heitz Boyer, o el entero-hepático de Brulé. Ambos trabajos son de grandísima importancia desde el punto de vista clínico y patológico; pero palidecen ante la importancia, claridad y gran precisión de la primera memoria, que ha comenzado por ir más de acuerdo con la época, presentando un aspecto clínico de conjunto, sólidamente fundado en la fisiología patológica. Admirable labor que fué amplia y justamente premiada con el aplauso general de los concurrentes.

Viene enseguida toda la serie de comunicaciones sobre distintos puntos relacionados con el estado septicémico, en la que toman parte muchos de los miembros del Congreso. Cada uno aporta su contingente personal expuesto en pocas palabras; y no es sino hasta después cuando

se abre la discusión, encaozada por los médicos de Lieja, que no aceptan la definición que propone el profesor Gastinel, del estado septicémico.

---

El trabajo del Profesor Fiessinger sobre las indicaciones médicas y el valor terapéutico comparado de la esplenectomía, fué digno de su autor. Antiguo colaborador del Profesor Chauffard, al retirarse éste de la lucha, fué Fiessinger a desarrollar sus actividades a la Maison Dubois en París, donde con Walter tienen servicio clínico para hígado y enfermedades de la sangre y órganos hematopoiéticos.

Comienza Fiessinger por separar todas aquellas icterias hemolíticas en las que la hemólisis resulta de una infección o una intoxicación, en las que la ictericia desaparece al desaparecer el factor etiológico; en las que la esplenomegalia no desempeña un papel activo. En la verdadera ictericia hemolítica la esplenectomía fué preconizada en 1907 por Vaquez con malos resultados; Micheli señala el primer éxito al que siguen los otros.

Desde luego, la única ictericia hemolítica que justifique la esplenectomía, es la congénita, llamada también enfermedad de Minkowski-Chauffard: es el verdadero tipo de las icterias hemolíticas operables. En ellas la intervención es peligrosísima en los niños menores de 10 años; en los adultos el peligro es menor y la oportunidad de practicar la intervención debe ser discutida, puesto que para el mismo Chauffard esos sujetos, "más que enfermos, son ictericos," puesto que el padecimiento no les impide continuar sus ocupaciones habituales. Hay sin embargo accidentes que por su intensidad o por su frecuencia exigen la esplenectomía: crisis dolorosísimas de congestión esplénica asociadas a períodos de desglobulización, y crisis vesiculares producidas por cálculos, muy frecuentes en estos enfermos. En la mujer, la ictericia suele ser una indicación operatoria desde el punto de vista estético.

En resumen la esplenectomía, tiene en estos enfermos indicaciones precisas y terminantes: desglobulización progresiva, crisis dolorosas hepáticas, crisis dolorosas esplénicas.

Planteada la cuestión de la esplenectomía ¿cuáles son sus resultados? Muy variables, si hemos de atenernos a las numerosas estadísticas que Fiessinger nos refiere, incluida la de Mayo (1904-1926, 69 casos). Desde luego puede afirmarse que no se trata de una operación

inofensiva, y que exige siempre una técnica perfecta. En cuanto a los resultados clínicos, pueden calificarse de notables, sobre todo en lo relativo a la ictericia, que desaparece en unos cuantos días, y a veces disminuye en las horas que siguen a la intervención, para desaparecer totalmente después. Con la desaparición de la ictericia viene la rápida mejoría del estado general, y la curación de perturbaciones tróficas, cuando las hay. La anemia desaparece con la ictericia, pero la reparación de esa anemia se hace en dos etapas: reparación cuantitativa primero y cualitativa después; es decir el número de glóbulos rojos aumenta; pero el porcentaje de hemoglobina no aumenta paralelamente, sino con más lentitud.

¿Cuáles son los resultados a distancia? ¿Los enfermos a quienes se les practicó la esplenectomía, conservan la mejoría de los primeros días; no resultan frágiles a los padecimientos infecciosos; no están expuestos a recaídas? No; el resultado lejano siempre es satisfactorio según todos los observadores, y algún enfermo operado por Spencer Wells, ha podido ser observado 27 años después de la esplenectomía.

Los demás tratamientos no resisten la comparación con la esplenectomía, que es la única terapéutica que da resultados completos y definidos, tratándose de las icterias hemolíticas congénitas, porque las adquiridas son curadas cuando se instituye el tratamiento causal basado en un diagnóstico preciso (Paludismo, Sífilis, Estasis estercoral). Ni el fierro preconizado por Chauffard, ni la colessterina, ni la opoterapia, ni la radioterapia, pese al enfermo de Parisot, curado y con conservación de su curación 6 meses después.

¿Cómo obra la esplenectomía en las icterias hemolíticas? ¿Es o no bazo la causa de la fragilidad hemática? Si no lo es, y no hay hechos que hablen ni en pró ni en contra, cuando menos en el sitio de destrucción sanguínea, ya sea porque pasivamente se convierta en "el cementerio" de los glóbulos rojos, o porque activamente tome parte en el proceso de hemolisis.

En el síndrome de Banti, sobre todo en el adulto, es donde también está perfectamente indicada la esplenectomía. Lo importante es no dejar que lo enfermos lleguen a la fase final o ascítica, en la cual, sin embargo, pueden obtenerse curaciones. Tampoco aquí encuentra punto de comparación la esplenectomía con los demás tratamientos, y tiene como factores de gravedad, la intensidad de la anemia, las gastro y en-

terorragias y las adherencias esplénicas que hay que preveer y que dificultan el acto operatorio.

En el síndrome de Banti es el bazo la causa de la anemia, como es también la causa de la cirrosis hepática; conclusiones a las que llega Fiessinger fundado en argumentos clínicos y experimentales.

Termina el relator su trabajo concediendo importancia a la esplenectomía más que a la radioterapia y a la trasfusión en el tratamiento de la púrpura crónica hemorrágica recidivante, previo diagnóstico clínico y nematológico exacto, despistada las afecciones hepáticas, a la hemofilia y la sífilis; y después de emplear, en los casos ligeros los demás tratamientos, porque la esplenectomía debe reservarse para los casos graves. Y así como la ablación del bazo da resultados ciertos y seguros en la ictericia hemolítica congénita y en el síndrome de Banti, no los da sino inconstantes en la púrpura crónica.

¿Cómo obra la esplenectomía? Para Fiessinger activa la hematopoesis, suprime la hemolisis, suprime también un foco de destrucción de los hematoblastos, disminuye el tiempo de sangría y suprime finalmente un centro tóxicogenético.

---

Los Profesores Nanta de Alger, y Tapie, de Toulouse, tratan el tema con menos amplitud que el Profesor Fiessinger. Consideran las esplenomegalias infecciosas y parasitarias y las leucemias, así como las anemias de la infancia y del adulto, calificadas como perniciosas. Tratándose de las leucemias, está formalmente contra-indicada la esplenectomía, fuera de ciertas complicaciones que exijan una intervención de urgencia.

---

Terminada nuestra árida información relativa a la parte científica, quedamos por transmitir la parte referente a agasajos, particulares y colectivos. Los primeros recibidos de los profesores Lian y Bezancon, y los segundos formando parte de las festividades colectivas que son de rigor en esos Congresos: recepción en el Hotel de Ville, con grandes atenciones para los delegados extranjeros, y banquete final presidido por el Jefe del Gabinete, al que concurrimos como invitados de honor y en el

que hizo uso de la palabra nuestro compatriota y consocio el Dr. Daniel M. Vélez.

Estas son, Señor Presidente, las impresiones que puedo transmitir a esa H. Corporación sobre el IX Congreso Francés de Medicina.

El X Congreso será en Montpellier. Después de grandes discusiones se aceptaron las siguientes ponencias: Etiología y patogénesis de la escarlatina y tratamiento de los síndromos anémicos. Creemos que el primer tema resultará cansado y poco fecundo, a no ser que algún descubrimiento venga a modificar nuestras presunciones. Alguien propuso el tratamiento del bocio exoftálmico, sin recordar que no es médico sino quirúrgico; y fué desechado también el entubamiento del duodeno como medio diagnóstico y terapéutico, que —dicho sea de paso— no fué sugerido por el Dr. Chiray, Secretario del Congreso y connotado especialista.

Protesto a Ud. Señor Presidente, y a la Academia entera, mi consideración muy atenta y distinguida.

París, Octubre de 1927.